

DISTRITO UNION ESCOLAR DE PREPARATORIAS DE ESCONDIDO

2018-19 OPCIONES DE PADRES

(Aplicable Sólo Para el Actual Año Escolar)

PADRES: POR FAVOR LEA Y COMPLETE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN Y
REGRÉSELO A SU ESCUELA

Nombre del Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Código Postal: _____

Número de Teléfono: _____ Grado: _____

Escuela: _____

Examen Físico

Distrito Unión Escolar de Preparatorias de Escondido puede requerir exámenes físicos de alumnos matriculados en los programas o actividades del Distrito Unión Escolar de Preparatorias de Escondido. Cualquier examen físico requerido por el Distrito Unión Escolar de Preparatorias de Escondido se mantendrá confidencial. Un padre o tutor teniendo control o cargo de algún(os) niño(s) matriculados en las escuelas públicas puede presentar anualmente con la Directora de la escuela en que él/ella está inscrito una declaración por escrito, firmada por el padre o tutor, indicando que él o ella no se consiente un examen físico del niño.

- Yo **no quiero** que mi hijo/a se someta a un examen físico para actividades o programas del Distrito Unión Escolar de Preparatorias de Escondido.
- Yo **doy** mi consentimiento para que mi hijo/a se someta a un examen físico para actividades o programas del Distrito Unión Escolar de Preparatorias de Escondido.

Salud Sexual y la Educación de Prevención del VIH/SIDA

Estudiantes matriculados en programas o actividades del Distrito Unión Escolar de Preparatorias de Escondido pueden recibir instrucción en educación para la salud, incluyendo educación comprensiva de la salud sexual y prevención del VIH. Los padres o tutores podrán presentar una solicitud por escrito para excusar a su hijo de participar en cualquier clase de educación sexual integral o educación de prevención del VIH, o de la participación en cualquier prueba anónima, voluntaria y confidencial, cuestionario o encuesta sobre los riesgos y comportamientos de salud de estudiantes.

- Me gustaría que mi hijo/a fuera **excusado** de:
 - Participación en cualquier clase de educación sexual integral o educación de prevención del VIH.
 - Participación en cualquier prueba anónima, voluntaria y confidencial, cuestionario o encuesta sobre los riesgos y comportamientos de salud de estudiantes.
- Mi hijo/a **puede**:
 - Participar en cualquier clase de educación sexual integral o educación de prevención del VIH.
 - Participar en cualquier prueba anónima, voluntaria y confidencial, cuestionario o encuesta sobre los riesgos y comportamientos de salud de estudiantes.

Derecho a Abstenerse del Uso Perjudicial o Destructivo de Animales

En virtud del Código de Educación 32255 *et seq.*, cualquier estudiante con una objeción moral a la disección u otra manera de dañar o destruir animales, o cualquier pieza deberá notificar a su maestro con respecto a esta objeción. El estudiante debe obtener una nota de su padre o tutor solicitando la exención de la participación en un proyecto de educación que involucra el dañino o destructivo uso de animales.

- Me gustaría que mi hijo/a sea **excusado** de participar en un proyecto de educación que involucra el dañino o destructivo utilizaría de animales
- Mi hijo/a **puede** participar en un proyecto de educación que involucra el dañino o el destructivo uso de animales.

Firma del Padre/Tutor (si el estudiante es menor de 18 años) Firma del Estudiante (si es de 18 años o mayores)

Reconocimiento del Padre o Tutor de las Actividades Escolares Específicas

(Por favor firme y devuelva a la escuela de su hijo/a.)

NOMBRE DE ESTUDIANTE _____
ESCUELA _____
GRADO _____

*Estudiante está en un programa de medicación continua. (Por favor marque) Sí*____ *No*____

SI SÍ, tiene mi permiso para contactar con mi médico.

NOMBRE DEL MÉDICO _____
TELÉFONO DEL MÉDICO _____
MEDICACIÓN _____
DOSIFICACIÓN _____

Por la presente acuso recibo de información sobre mis derechos, responsabilidades y protecciones. También atestiguo bajo pena de perjurio que soy un residente del distrito, como previamente verificados, o asisto bajo un aprobado Acuerdo de Asistencia Inter-Distrito.

FIRMA DEL PADRE O TUTOR _____

FECHA _____